Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen u. Nervenklinik der Universität Kiel.
Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Siemerling.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
OCT 23 1929

Dämmerzustände bei Hysterie.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Kiel
vorgelegt von
Wilhelm Steins, cand. med.
Rauxel in Westfalen.

KIEL 1926

Druck von Walter Starke, Hansadruckerei, Brunswikerstr. 5.

Nr. 171
Rektorratsjahr: 1926/27
Referent: Prof. Dr. Siemerling
Zum Druck genehmigt
Prof. Dr. Zimmermann
z. Zt. Dekan

Meinem lieben Vater in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0079

Schon in frühesten Zeiten haben die Erkrankungen über das Nervensystem eine besondere Rolle gespielt. So kann es uns auch nicht wundern, wenn heute auf dem Gebiete der Hysterie weiter geforscht und ihr Krankheitsbild neu entrollt wird, wenn immer neue Eigenarten dieser Krankheit berichtet werden und wenn nach neuen Ursachen geforscht wird, um ein klares Bild dieser Krankheitserscheinungen zu entwerfen.

In den vergangenen Zeiten wurden die widersprechendsten Anschauungen über das Wesen und die Krankheitsäußerungen gelehrt. So stempelten die alten römischen und griechischen Aerzte in ihren abenteuerlichen Vorstellungen die Hysterie zu einem Leiden des weiblichen Geschlechts, verursacht durch die Libido des Uterus. Doch sind diese naiven Anschauungen schon zu Zeiten des Galenus überwunden. Der Grundgedanke aber, daß pathologische Vorgänge an den Geschlechtsorganen die Ursache zur hysterischen Erkrankung seien, blieb noch lange Zeit bestimmend. Selbst in den letzten Jahrhunderten wurde dieser Gedanke noch vertreten, so auch von Hoffmann, Louyer-Villermay und Romberg, allerdings in anderer Form, „als eine durch Genitalreiz hervorgerufene Reflexneurose". Diese Rombergsche Ansicht bestand noch lange Zeit nachher und besteht auch heute noch in manchen Laienkreisen. Aus diesem Gesichtspunkte heraus wurden die Fälle von Hysterie als Epileptische angesehen oder sie leisteten in der Zeit des XVI. und XVII. Jahrhunderts dem Glauben von dem „Besessenheitswahn" starken Vorschub. Schon J. M. Charcot und Paul Richer erkannten auf Grund sorgfältiger Studien diese visionär-ekstatischen Zustände der „Besessenen" des Mittelalters als hysterische Anfälle. Erst Sydenham, der Begründer der klinischen Medizin, wirkte bahnbrechend auf diesem Gebiet. Er war der Erste, der das Wesen der Hysterie klar erkannte und sie als eine Erkrankung des Nervensystems bezeichnete und gleichzeitig auch eine genaue Schilderung der convulsivischen Anfälle und der intervallären Symptome gab. Er widerlegte auch die Ansicht, daß die Hysterie eine Krankheit des weiblichen Geschlechts allein sei, und daß bisher fälschlich viele Männer, die ähnlich erkrankten, den Hypochondern zugeteilt wurden. Er scheidet schon genau epileptische und apoplektische Anfälle von den hysterischen und machte darauf aufmerksam, daß Hysterie die verschiedensten

Krankheiten vortäuschen kann, immer angepaßt der funktionellen Eigenart des betroffenen Organs, und das Teilerscheinungen des hysterisch-nervösen Leidens selbständige Krankheiten vortäuschen können. Trotzdem wurde aber immer noch in den weitesten Kreisen die Ursache der Krankheit auf den mangelnden Genitalreiz zurückgeführt. Erst den meisterhaften Darstellungen Briquets gelang es durch genaue eigene und fremde Beobachtungen ein abgeschlossenes klinisches Bild der Hysterie zu geben und für immer mit den uterinen resp. genitalen Theorien aufzuräumen. Er wandte sich in seinem Werk besonders gegen die Auffassung, daß die Hysterie eine Erkrankung des peripheren und spinalen Nervensystems sei und behauptete, daß das Nervensystem, vor allen Dingen das Großhirn, die Krankheit hervorriefe. Leider aber gelang es Briquet nicht, durch seine sorgfältigen Arbeiten Anerkennung und Verbreitung seiner Idee zu finden. Schließlich gelang es Charcot und seinen Schülern durch die wissenschaftliche Verwertung der Hypnose neue bedeutsame experimentelle Methoden aufzustellen, die das Studium der hysterischen Krankheitserscheinungen wesentlich förderten und entscheidend auf die damaligen Anschauungen einwirkten, vor allem durch seinen Schüler P. Janet ist die physiologische Hysterie in allen ihren einzelnen Formen ausgebaut worden. Er zeigte, daß die fixe Idee auch in der Ursache der Kontrakturen, der Krämpfe, der Hyperästhesie etc. von Wesenheit sei, daß aber auch manches hysterische Krankheitssymptom nicht allein psychisch zu erklären sei. Auf ihn fußend hat Binswanger den ganzen Symptomenkomplex der Hysterie zusammengefaßt und nach neuzeitigen Forschungen, die er selbst zum Teil gemacht, bearbeitet.

Die Ansichten über das Wesen der Hysterie waren lange Zeit großen Schwankungen unterworfen. Das beweist die unendlich große Zahl von Versuchen, das Wesen der hysterischen Störungen begrifflich abzugrenzen. Strümpel meint in einem Aufsatze über „Wesen und Entstehung hysterischer Krankheitserscheinungen", daß dieses Leiden nicht einwandfrei definiert werden könne, weil es streng genommen überhaupt keine Hysterie gebe, betont aber auch gleichzeitig, daß bei der Erwägung, daß zahlreiche Krankheitserscheinungen vorhanden seien, die viel Verwandtes und Gemeinsames an sich hätten, es notwendig sei, die Bezeichnung Hysterie zu haben. Dies setze aber voraus, daß jeder genau wissen müsse, welche charakteristischen Krankheitserscheinungen bei einem Falle als hysterisch bezeichnet werden dürften und was man unter dieser Bezeichnung verstehen wolle, damit die bestehende Erkrankung auch für andere zu erkennen sei.

Binswanger sieht in den hysterischen Krankheitsvorgängen eine pathologische Verschiebung der nervösen Fähigkeit, eine Äquivalentsstörung zwischen erregenden und hemmenden Kräften innerhalb der organischen Nerven oder Zentrien, ein Nutzverhältnis zwischen Arbeitsleistung und Kraftvorrat, Erregbarkeit und Hemmungseffekt. Jede hysterische Erscheinung bietet sich nach ihm zunächst als ein organisch nervöses Zeichen dar, als Lähmung, Krampf, Schmerz, usw., wie bei andersartigen, aber ähnlichen Organerkrankungen. Ist nun ein Symptom nicht auf Störung einer Stelle der organischen Reizleitung zurückzuführen, sondern besteht eine Störung in der Verbindung des normalen Systems mit der Endstelle, dem Sitze der Bewußtseinsvorgänge, so nennt man das „hysterisch". Nach Strümpel sind diejenigen klinischen Erscheinungen bei einer abnorm gesteigerten oder auch veränderten Nervenfunktion als hysterisch zu bezeichnen, bei denen die Erscheinungen auf einer Störung der normal geregelten Beziehungen zwischen Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen beruhen. Also ist die Hysterie, wie schon mal erwähnt, keine lokale organische Nerven- oder Hirnerkrankung. Es kann daher auch fast in allen Fällen, wo es sich um die Unterscheidung von Störungen handelt, die auf Unterbrechung und Reizung von motorischen und sensiblen Bahnen oder das Zentrum bezogen werden, nachgewiesen werden, daß es keine direkten Störungen in der Projektionsbahn oder deren primärer Endstation sind, auch nicht solche, wie wir sie bei postepileptischen oder postparalytischen Zuständen finden. Z. B. muß der Ursprung der hysterischen Krämpfe dort sehr nahe liegen, von wo der Wille die willkürliche Bewegung ausgeht. Die Ursache muß also weiter „seelenwärts" liegen (Strümpel). Bei hysterischen Lähmungen handelt es sich meist nicht um Unterbrechung, sondern um hemmende Vorstellungen des Nichtkönnens, wobei oft Wunsch, Angst, Erwartung etc. in der Vorstellung mitwirken.

Strümpel begründet die Fixation solcher Vorstellungen entweder durch äußere Gründe, z. B. Unfallshysterie, oder durch die Natur der Person, durch seine psychopatische Konstitution. Er hält das fehlende Gleichmaß in der Wechselwirkung der Vorstellungen für eine der wesentlichsten Merkmale dieser psychopatischen Konstitution. Deshalb würden auch bei jedem konstitutionell nervösen Menschen ungehemmte psychische Erregungszustände: Angst, fixierte und überwertige Ideen, eine ungeheure Rolle spielen. Bei hysterischen Krämpfen und Kontrakturen und anderen motorischen Reizerscheinungen hysterischer Art seien Störungen in den

Beziehungen zwischen psychischem Wollen und motorischer Innervation vorhanden. Es handele sich da eben um eine Erregung motorischer Reizvorgänge durch abnorme Willensinnervation. Gewiß bleibt auch nach dieser Erklärung nicht zu verkennen, daß länger dauernee Zustände unbewußt sein können, wie wir ja auch bei ganz gesunden Menschen Gewohnheits- und Übungsbewegungen und Haltungen finden, die den betreffenden Personen nicht mehr zum Bewußtsein kommen. Immerhin müssen wir gestehen, daß wir gewisse Einzelsymptome der Hysterie praktisch noch nicht von den Symptomen organischer Erkrankungen trennen können, wie z. B. gewisse Reflexverluste, doch wird die Unterlage dieser hysterischen Erkrankung immer eine andere sein, als bei einem organischen, wenn auch ganz ähnlichen Symptom.

Binswanger unterscheidet zwei Kategorien oder zwei Gruppen der hysterischen Erkrankung und weist den Unterschied auch nach an den Anfällen und den Reizsymptonen in den motorischen Gebieten, Lähmungen und Kontrakturen und stellt den Satz auf: „Jedes hysterische Kraukheitssampton kann, auch wenn bei einer erstmaligen Entstehung ein Bewußtseinsvorgang nicht wirksam gewesen ist, späterhin durch psychische Phänomäne reproduziert werden". Der Unterschied der Hysterie und ihr Hauptkrankheitsmerkmal ist nach Strümpel die gesteigerte Suggestibilität, welche Auto- und Fremdensuggestionen die Macht verleiht, vorhandene hysterische Krankheitserscheinungen aufzuheben.

Eigentümlich ist die Gleichartigkeit der hysterischen Krankheitserscheinungen im großen und ganzen genommen. Man ist daher wohl berechtigt, anzunehmen, daß das psychische Geschehen, die Bewußtseinsvorgänge und deren Einwirkungen auf den Organismus nach festen, im Organismus bestehenden Gesetzen geregelt ist.

Es ist aber bisher noch nicht gelungen, eine genaue Bestimmung der Folge dieser Gesetze zu geben, trotzdem auf diesem Gebiete viel geforscht wurde und noch wird. Ebenso ist der hysterische Dämmerzustand oder der Hysterosomnambulismus, wie er in der Chacot'schen Schule benannt wurde, ein Krankheitszustand, über welchen die verschiedensten Ansichten herrschten. Als hysterischen Dämmerzustand bezeichnet man heute pathologische Bewußtseinsstörungen, welche im Wachen auftreten und sich anfallsweise in den normalen Bewußtseinszustand einschalten, während der Ausdruck Somnambilismus besser die Zustände des Schlafwandelns trifft, die sonst als Noctambulismus bezeichnet wurden. Eine enge Verwandtschaft, ja sogar zurückzuführen

sind diese Krankheitserscheinungen auf Störungen der Ideennassociationen. Bei letzteren finden wir, abgesehen von verschiedenen hysterischen Merkmalen (dem primären Ausfall von Empfindungen, den pathologischen Gefühlsreactonen mit ihren Folgeerscheinungen und dem gesteigerten Einfluß von Vorstellungsreizen auf Empfindungen und zentrifugal wirkende Rindenerregungen in hemmender oder bahnender Richtung) die gleichen Krankheitserscheinungen im Bereiche der Ideenassociation wie bei der Neurasthenie. In diesen Fällen tritt zunächst eine Übererregbarkeit und daran anschließend, bei weiterer Arbeitsleistung ein Stadium der Erschöpfung der Nervenfunktion auf. Vor allem besteht bei diesen Kranken die Schwierigkeit, neuzufließendes Empfindungsmaterial aufzunehmen und zu verwerten. Dieses Beruht auf der pathologischen Zerstreutheit, Störungen des Aufmerkens, welche schon bei der Neurasthenie auftreten, bei der Hysterie aber noch eine Steigerung erfahren. In der Mehrzahl der Fälle sind aber diese Zustände geistiger Erschöpfung nicht andauernd vorhanden, sondern treten nur periodisch auf, vor allem zur Zeit der Menses, nach größeren Anstrengungen und Aufregungen, aber auch dann, wenn z. B. Verdauungsstörungen vorliegen. In diesen Zuständen intellectueller Minderleistung sind auch die Wurzeln gelegen für jene höher entwickelten hysterischen Denkstörungen. Das stumpfe Hindämmern und Hinbrüten, die Abschließung gegen die Vorgänge der Außenwelt, das plan- und ziellose Träumen mit offenen Augen sind doch schließlich nur eine Steigerung der pathologischen Zerstreutheit und eine Erschwerung der Ideenassociation. Diese Erscheinungen nähern sich doch schon sehr dem Zustand des Wachträumens oder des traumerfüllten Halbsschlafes.

Freud und Bauer bezeichnen diese Bewußtßeinsstörungen als „hypnoide Zustände".

Das hysterische Wachträumen zeigt mannigfache Abstufungen. Von den leichtesten Graden, dem minutenlangen Erschlaffen jeder geistigen Tätigkeit bis zu den anfänglich ganz periodisch und kurz andauernden, späterhin sich häufiger wiederholenden und lang ausgedehnten (bis zu mehreren Stunden) Anfällen. Einzelne, mit besonderen Gefühlsreactionen verknüpfte Erinnerungsbilder beherrschen fast ausschließlich den Anfall. Auf der einen Seite sind die Patienten unfähig zu geordneter Denkarbeit, auf der anderen Seite tauchen ohne ihr Zutun und ohne daß sie imstande sind, willkürlich diesen Denkvorgängen Einhalt zu tun, teils eine Menge inhaltlich nur locker verknüpfter Erinnerungsbilder auf (Ideen-

flucht), teils schweben vor ihrem geistigen Auge inhaltlich zusammenhängende, wohlgeordnete Situationsbilder, frühere Erlebnisse wiederspiegelnde Erinnerungsreihen vorüber. (Reminiscenzenflucht). Am häufigsten sind es Sterbescenen, Sittlichkeitsattentate, Zank, Streit, u. a. m., welches immer wieder klar und deutlich und mit fast sinnlicher Lebhaftigkeit wiederholt wird.

In diesen Anfällen sehen wir ein Krankheitsbild ganz ähnlich dem Somnambulismus. Doch gestaltet sich das Bild bei dem hysterischen Dämmerzustand durch Illusionen Hallucinationen, Phantasie- (Traum-)Vorstellungen mit lebhaft wechselnder Affektbetonung viel mannigfaltiger. Auch läßt sich der Patient während des Dämmerzustandes durch äußere Eindrücke beeinflussen. Meistenteils sind es Organempfindungen, welche bestimmend auf die Richtung des Trauminhaltes einwirken. So können alle möglichen Vorstellungskreise geweckt werden, erotische durch sexuelle Empfindungen, schreckhafte Scenen von Eisenbahnunglücken, Ertrinken etc. durch Oppreßionsempfindungen, Todesfurcht, die Furcht, lebendig begraben zu werden durch vasculäre Empfindungen u. a. m.

Aber auch sensorische Eindrücke werden aufgegriffen und treten nach außen hin in die Erscheinung. So werden mit den Patienten zusammenlebende weibliche Personen zu neidvollen Nebenbuhlerinnen gestempelt, gegen die sich dann Verachtung, Haß und blinde Wut richten. Der Arzt ist oftmals der Geliebte oder treulose Verräter und das Krankenzimmer wird zur Kirche oder zum Lusthaus umgewandelt etc.

Vielfach gelingt es aber auch, durch Verbalsuggestion einen Wechsel des Zustands herbeizuführen. Es treten auch hier, ähnlich wie bei den hypnoiden Zuständen, im verstärkten Maße die mannigfaltigsten und wechselvollsten Affectäußerungen auf motorischem, vasomotorischem und secretorischem Gebiete auf. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Gebärden, Seufzer, Tränen, Kußgesten, Umarmungen, Coitusbewegungen mit masturbatorischen Handlungen, Angstschweiß, Abwehr- und Fluchtbewegungen u. a. m. verraten die verschiedensten Gefühlsausbrüche und Vorstellungen. Ganz gleichwertige Krankheitszustände sind auch bei den epileptischen Dämmerzuständen beschrieben worden, so wie sich eine nahe Verwandtschaft zwischen den hysterischen und toxischen (Alkohol, Blei, Messingdämpfe etc.) Dämmerzuständen nicht verkennen läßt. (Binswanger).

Wir sehen jetzt schon, wie mannigfaltig sich dieses Krankheitsbild gestaltet, und es würde zu weit führen, noch weitere Einzelheiten zu schildern.

Guinon bezeichnet als das Charakteristische dieses „hysterischen Deliers“ das individuelle Gepräge des Kranken, bestimmt durch zahlreiche Umstände (Alter, Erziehung, Beruf, etc.). Er berichtet dann noch von einer ganz besonderen Form des hysterischen Deliers, nämlich der Zoanthropie, (Umwandlung der eigenen Persönlichkeit in Tiere) und berichtet von einem Fall, wo ein 16jähriges Mädchen in ihrem somnambulen Zustand von „hysterischer Galeantrophie“ befallen wurde. Er stellte dann mit S. Woltke Untersuchungen an über die Beeinflußung der Richtung der hallucinatorischen Erlebnisse. Daraus ging hervor, daß der Experimentator wohl die Richtung ändern kann, daß es aber immer der Initiative des Kranken überlassen ist, die empfangene Empfindung nach seinem Willen umzuwandeln.

Binswanger berichtet von einer anderen Form des Dämmerzustandes, in welchem hysterische Patienten unter dem Zwange bestimmter affectbetonter Traumvorstellungen von einem krankhaften Wandertriebe befallen werden. Sie können dann stunden- und tagelang plan- und ziellos umherirren, ja sogar Wochen und Monate lang dauernde Reisen unter Benutzung von Verkehrsmitteln unternehmen. Charcot und seine Schüler bezeichnen diesen Zustand als „ambulatorischer Automatismus“, andere wiederum als „Fugue“ oder als „Poriomanie“.

Eine bedeutsame Varietät hysterischer Dämmerzustände, welche auch von forensischem Interesse ist, ist das „Vorbeireden“ oder „Danebenantworten“.

„Die Kranken vermögen Fragen allereinfachster Art nicht zu beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antwort kundgeben, daß sie den Sinn der Fragen ziemlich richtig aufgefaßt haben“. (Gauser)

Binswanger hat in seinem Buch „Die Hysterie“ an verschiedenen Fällen bewiesen, daß die Amnesie bei diesen Krankheitszuständen in den weitesten Grenzen schwankt. Allerdings können wir uns nach den neueren Forschungen von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, Raecke, Bornhöffer u. a., heute nicht mehr zu der Ansicht verstehen, daß der vollständige Erinnerungsdefect ein hauptsächliches Merkmal des „hysterischen Dämmerzustandes“ ist. Es ist von genannten Autoren nachgewiesen worden, daß nicht einmal in der Mehrzahl der Fälle eine totale Amnesie besteht. Wir können nach allem vorher gesagtem diese mannigfaltigen und vielgestalteten epileptischen und hysterischen Bewußtseinsstörungen nur in großen Zügen unter Berücksichtigung der hervorstechendsten Krankheitssymptome in einzelne

Gruppen trennen und sind nicht in der Lage, eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Zustandsbildern zu ziehen.

Im Anschluß an meine Ausführungen möchte ich über 2 Krankheitsfälle berichten, die in der hiesigen Universitäts-Nervenklinik zur Beoaachtung kamen, und die mir von Herrn Geh. Med. Rat. Prof. Dr. Siemerling in liebenswürdiger Weise zur Veröffentlichung überlassen sind.

Fall I.

Krankengeschichte der Krammhöft, Magda.

Aufgenommen: am 11. 1. 25.

Anamnese:

Abgegeben von Frau Kiede, Hausdame bei der Dienstherrschaft Heide.

Seit 15. November 1924 kennt Referentin die Patientin, sie ist bei dem Gastwirt Ehlers in Heide als Dienstmädchen in Stellung.

Patientin ist uneheliches Kind. Der Vater ist nach Amerika gegangen, die Mutter lebt in Eppenwöhrden. ist in ihrem Wesen etwas eigenartig, beschränkt.

In den bisherigen Stellungen ist Patientin nie ernstlich krank gewesen. Mit dem 9. 1. 25 abends 7 Uhr begann die Krankheit.

Beim Abendessen fiel ihr plötzlich die Gabel aus der Hand. Die Patientin sah darauf starr in die Luft und antwortete auf nichts.

Sie wurde sofort ins Bett gelegt, worin sie sich unruhig, wie von Schmerzen gequält umherwand, redete irre und sagte: „Dort steht mein Sarg, auch liegt dort viel Schnee, ich sterbe".

Patientin erkannte die Umgebung nicht, rief nach der Hausdame, kannte sie aber nicht wieder. Ebenso verkannte sie den herbeigerufenen Arzt, der sie früher einmal wegen Frostbeschwerden behandelte.

Sie erhielt eine Morphium-Injektion, beruhigte sich darauf etwas, schlief aber in der Nacht wenig, doch lag sie einigermaßen ruhig. Es wurde eine Nachtwache bestellt.

Am nächsten Morgen schien sie etwas ruhiger und klarer, nachdem sie sich in der Nacht einige Male leidlich geordnet mit der Nachtwache unterhalten hatte. Der Zustand besserte sich noch weiter im Laufe des Tages, so daß die anfänglich für nötig gehaltene Überführung für nicht notwendig angesehen wurde. Die gestrige Nacht 10. 1. 25 verlief auch einigermaßen ruhig. Heute morgen 11. 1. 25 erhebliche Verschlechterung. Patientin redete wieder alles durcheinander,

wollte absolut aufstehen, ließ sich aber schließlich doch im Bette halten.

Der konsultierte Arzt hielt nun eine sofortige Überführung in die psychiatrische Klinik in Kiel für zwechmäßig. Seit dem 7. 1. 25 hat Patientin nur wenig Flüssigkeit zu sich genommen.

Referentin gibt noch an, daß Patientin einmal erzählt habe, sie sei im Jahre 1920 vom Pferd gestürzt und seitdem sei sie verändert. Angeblich soll sie früher schon einmal einen derartigen Zustand gehabt haben. Näheres weiß Referentin nicht darüber. Die Regel immer etwas unregelmäßig. Die letzte vor 14 Tagen. Appetit sonst gut. Stuhl und Wasser lassen in Ordnung.

11. 1. 25. Patienten kommt in Begleitung des behandelnden Arztes und der Hausdame um 4 Uhr nachmittags zur Aufnahme.

Sitzt ruhig im Saal und läßt sich ohne Widerstreben auf die Station bringen.

Vater: unbekannt.

Mutter: lebt, gesund. Leicht aufgeregt, verheiratet. 4 Geschwister, 3 Mädchen im Alter von 10, 12 und 14 Jahren. Alle gesund. Ein Bruder von 17 Jahren, gesund, Knecht.

Sonstige Familie: Eine Tante leidet an den Nerven. Patientin ist die älteste. Früher Masern gehabt. Als Kind keine Krämpfe. Keine Bettnässen. Kein Pavor nocturnus. Mit 6 Jahren zur Schule, ging in die Dorfschule, einigermaßen gelernt. Einmal sitzen geblieben.

Aus der Schule mit 14 Jahren entlassen.
Während der Schulzeit nie ernstlich krank gewesen.
Nur einmal leichte Grippe gehabt.
Darauf ungefähr ein Vierteljahr in Restdorf bei einem Bauern gedient und dann anschließend mehrere andere Stellungen bei Bauern innegehabt.
Ungefähr 1920 einmal vom Pferd gestürzt, als sie dieses zur Koppel bringen wollte. Patientin fiel dabei auf den Hinterkopf und blieb ungefähr eine Stunde ohnmächtig. Nachdem ein Jahr Beschwerden gehabt, dauernde Kopfschmerzen. Hatte aber keine Anfälle. Keinen Zungenbiss.

Am 15. November 1924 trat Patientin bei einem Gastwirt Ehlers als Dienstmädchen in Stellung. Vorher nicht krank gefühlt.

Am Freitag 9. 1. 25 um 7 Uhr wurde sie plötzlich schwindelig und wußte dann von nichts mehr.

Erst heute Mittag, 11. 1. 25 sei sie wieder klar im Kopfe. „Ich glaube, gestern Abend habe ich mit meinem Stiefvater

gesprochen, nachdem wurde ich gleich wieder schlecht". Patientin gibt an, daß sie ab und zu wieder von nichts wisse und sich nicht genau erinnern könne, wie sie hier hergekommen sei.

Die erste Regel mit 15 Jahren. Immer etwas unregelmäßig, stark. — Die letzte am 9. 1. 25.

Patientin gibt auf die an sie gerichteten Fragen langsam, etwas schwerfällig Antwort, macht aber sonst einen durchaus geordneten Eindruck. Manchmal muß sie erst länger nachdenken, ehe sie sich auf etwas besinnen kann.

Status somaticus:

Größe: 1,51 m
Gewicht: 57 kilo
Temperatur: 37 °
In gutem Ernährungszustand.
Angewachsene Ohrläppchen, Ohrmuschel klein.

Schädel:

Keine Druckempfindlichkeit.
Schädelmasse 18. 15. 11. 53.
A. B. frei.
Pupillen etwas über mittelweit,
rechts eine Spur größer als links, fast rund.
R - L positiv, Lidspalten: links kleiner als rechts.
R - C positiv, zurückliegende Bulbi.
V u. VII o. B. XII gerade, zittert nicht, etwas belegt.
keine Bißnarben.
Würgreflex positiv.
Tonsillen etwas vergrößert.
Gaumenbögen r. = l.
Reflex o. E. o. B.
Patellar Reflex positiv, lebhaft.
Achilles-Reflex positiv.
Romberg negativ.
Gang etwas unsicher.
Abdomen weich, nirgends druckempfindlich.
Abdominal-Reflexe positiv.
Puls: regelmäßig kräftig 96.
Lunge: o. B.
Sensibilität: o. B.
Urin: Alb. negativ, Sach. negativ. R. Alk.
Augenbefund: o. B.

Intelligenz-Prüfung:

15 + 16	32
14 + 19	39
12 + 11	33
17 — 5	12
39 — 12	28
17 — 12	7
35 : 7	5
35 : 15	3
39 : 3	13
80 × 3	160
15 × 5	95

Wo Kiel? Nordsee. Ostsee nicht? Nein.
Welche Hauptstadt? Das weiß ich nicht.
Wer regiert jetzt? Das weiß ich nicht.
Wie viele Jahreszeiten? 12, wieviel? 4.
Wann fängt der Sommer an? April
Wie viele Einwohner hat Kiel? 10 000.
Unterschied: Teich und Fluß. Alles beides gleich.
Unterschied zwischen Zwerg und Kind? Das weiß ich nicht.
Wer war Luther? Luther hat 65 Sätze gegen die Tür gehauen.
Wie viele Monate hat das Jahr? 12.
Die zehn Gebote? Das kann ich nicht alles.
Wo ist der Kaiser? in Berlin.
Warum wird Weihnachten gefeiert? Da ist Christus geboren.
Warum Ostern? Da ist er wieder auferstanden.
Weshalb schwimmt Holz auf dem Wasser? Das ist leicht, das geht niemals unter.
Was ist schwerer 1 Pfund Federn oder 1 Pfund Eisen? Beides gleich.
Weshalb bist Du konfirmiert? Bin ja 8 Jahre zur Schule gegangen.

12. 1. 25. Anfangs etwas ängstlich, lebt sich aber bald ein. Gibt auf Fragen willig Antwort. Im Wesen freundlich, zugänglich.

18. 1. 25. Verhält sich ruhig und ordentlich, gelegentlich lacht sie ohne jeden Grund, im Wesen dann recht albern.

Betätigt sich in den letzten Tagen mit bei den Saalarbeiten. Wird von der Herrschaft abgeholt. Gebessert entlassen.

Epikrise zu Fall I.

Es handelt sich in diesem Falle, wie es auch die in der Klinik gestellte Diagnose bestätigt, um einen typischen „hysterischen Dämmerzustand“. Wir können bei dieser Patientin,

die als Kind nie ernstlich krank war, wohl den Grund zu ihrem Krankheitszustand in dem im Jahre 1920 erlittenen Trauma annehmen. Nach dem Sturz vom Pferde, den sie damals erlitt, blieb sie ungefähr eine Stunde ohnmächtig und hatte ein Jahr lang hinterher Beschwerden, bis jetzt oft auftretende heftige Kopfschmerzen, und sei seit der Zeit in ihrem Wesen verändert. Patientin hat aber in den Zeit keinen Anfall gehabt. Am 9. 1. 25 beim Abendessen, fiel ihr dann plötzlich die Gabel aus der Hand, sah starr vor sich und gab trotz Anfassens und guten Zuredens keinerlei Antwort. Sie wurde daraufhin zu Bett gebracht, wo sie sehr unruhig wurde, glaubte sterben zu müssen und ihren Sarg schon deutlich vor sich sah. Hervorgerufen wurden diese Vorstellungen wohl durch vasculäre Empfindungen. Die Amnesie in diesem Falle ist wohl vollständig, denn die Patientin gibt an, sie wäre plötzlich schwindelig geworden und hätte von nichts mehr gewußt. Bei der Untersuchung gibt sie auf die an sie gerichteten Fragen etwas langsam und schwerfällig Antwort, macht aber sonst einen durchaus geordneten Eindruck. Bei der Intelligenzprüfung zeigen sich allerdings, wie vorne bewiesen, erhebliche Lücken. Im allgemeinen verhält sich Patientin ruhig und ordentlich, lacht ab und zu ohne Grund und ist im Wesen sehr albern. Nach einigen Tagen wird sie gebessert entlassen,

Fall II.

Krankengeschichte von Doischer Kathi.
Aufgenommen: am 4. 6. 1918.
Anamnese:

abgegeben vom Bräutigam.

Refereut kennt Patientin seit Mitte April. Sie soll ein sehr anständiges, ordentliches Mädchen sein, immer auffallend still. Hat oft Heimweh nach Böhmen, wo sie zu Hause ist. Referent hatte ihr versprochen, sie zu Weihnachten, während ihres Urlaubs dorthin zu begleiten. Gestern abend nun saßen sie zusammen in einem Cafe und sprachen darüber. Unter anderem sagte Referent zu ihr, daß er wahrscheinlich nach Böhmen hin keinen Urlaub bekommen würde und sie deshalb nicht begleiten könne. Plötzlich fiel ihm auf, daß Patientin ganz starr gradeaus sah. Er fragte sie etwas, faßte sie an ihre Hand, doch rührte sie sich nicht. Nach langem Zureden erhob sie sich und ging mit ihm.
Er brachte sie nun ins Anscharhaus zu ihrer Dienstelle zu-

rück. Sie hat auf dem ganzen Wege kein Wort gesprochen und ging ganz automatisch.
Vater; lebt.
Mutter: tot
Patientin wird im Sanitätswagen aus dem Anscharhaus hier hergebracht.
Geht ruhig mit zur Abteilung B I.
Sie sei seit November 1917 in Kiel und seit dem 4. 12. 1917 als Hausmädchen im Anscharhaus. Bis gestern sei sie ganz gesund gewesen, es hätte ihr noch nie etwas gefehlt. Gestern abend etwa gegen 9 Uhr hätte Patientin sehr starke Kopfschmerzen bekommen, hätte am ganzen Körper gefroren, sei mit ihrem Verlobten in einem Cafe gewesen unh hätte sich sehr gut mit ihm unterhalten. Sie wisse nicht mehr wie sie aus dem Cafe heimgegangen sei, hätte sich plötzlich in ihrem Zimmer wiedergefunden, wäre duselig im Kopfe gewesen.
Kein Erbrechen, starke Kopfschmerzen, sonst keinerlei Beschwerden, keine Verletzungen. Habe dann in der Nacht gut geschlafen. Wisse nicht, ob sie von einem Arzt Untersucht sei, Sei mit einem Wagen weggefahren, die Schwester habe gesagt ins Städtische Krankenhaus. Dort solle sie gesund werden, dann könne sie wieder in ihre alte Stelle zurückkommen.
(Welches Krankenhaus?) Das weiß ich nicht.
Beginnt zu weinen und zu schluchzen: „Ich habe auf der Brosche der Schwester gelesen, daß ich in einer Nervenanstalt bin.
(In welcher Stadt?) +
Patientin hat bis vor kurzen Augenblicken noch geglaubt, sie sei auf ihrem Zimmer im Anscharhaus.
Sind Sie denn nervenkrank? Nein, ich habe nur manchmal so viel Heimweh, ich muß wieder zu Schwester Emma oder nach Haus.
Vater: Herrenschneider, ist gesund.
Mutter: vor 12 Jahren an Lungenleiden gestorben.
Vier Geschwister leben. Sieben Geschwister gestorben, meist als Kinder. Lebende Geschwister gesund.
Als Kind angeblich gesund, keine Krämpfe, keine Bettnässen. Vom 6. bis zum 14. Lebensjahr in der Volksschule, gut gelernt, in der 1. Klasse konfirmiert. Dann schneidern gelernt, zwei Jahre. Dann zu Hause, dann als Kindermädchen vier Monate lang, darauf wieder zu Hause. Im September 1927 hat sie ihren Bräutigam im Felde verloren. Sie kannte ihn schon seit drei Jahren, es bestand kein Geschlechtsverkehr. Über den Tod mußte sie sehr viel weinen. Patientin schrieb

darauf an ihre Freundin, die als Pflegerin in Neustadt war, sie möchte am liebsten mit ihr zusammen sein. Patientin bekam auch eine Anstellung als Pflegerin in Neustadt. Dort war sie aber nur 14 Tage, weil es ihr nicht paßte. Sie hätte dort zwei Zellen mit Tobsüchtigen gehabt und große Angst ausgestanden. Deshalb ging sie weg nach Kiel zum Anscharhaus. Hier habe es ihr gut gefallen. Seit August habe sie einen anderen Bräutigam, mit dem sie sich am 2. Juni verlobt habe. Er habe ihr versprochen, sie zu heiraten. Hoffentlich halte er sein Versprechen. Kein Geschlechtsverkehr.

Anamnese: abgegeben von Schwester Emma.
Patientin klage schon seit mehreren Wochen über Kopfschmerzen. Referentin habe sie oft weinend angetroffen. Auf die Frage, was ihr fehle, habe sie nur zur Antwort gegeben, sie habe so schreckliches Heimweh.

Drei Tage vor ihrer Einlieferung hier, habe sie sich verlobt. Des Morgens am gleichen Tage habe sie oft nach ihrer Stirn gefaßt und geklagt, sie habe so Kopfweh, auch habe sie an dem Tage viel geweint. Zwei Tage später sei sie wieder so verstimmt gewesen, daß es Referentin auffiel. Zur Entschuldigung habe sie immer nur angegeben, es sei Heimweh. Abends war sie mit ihrem Bräutigam aus. Als er sie dann nach Hause brachte, habe sie niemanden gekannt und auch nicht gesprochen. Einer Schwester gegenüber machte sie eine Bewegung, als wolle sie dieselbe schlagen, als diese zu ihr trat und sie fragte. Daraufhin wurde sie zu Bett gebracht. Hatte von Zeit zu Zeit lichte Augenblicke, in denen sie dann bat, man möge sie doch allein im Zimmer lassen.

Als sie glaubte allein zu sein, hat sie vor sich hin gesprochen bis nachts 2 Uhr Heimatslieder gesungen. Von da ab schlief sie ruhig bis morgens. Am anderen Morgen lachte und weinte sie abwechselnd und wurde dann mittags hier hergebracht. Referentin: hatte Patientin wiederholt gewarnt, niemanden von der Marine zu trauen. Als sie sich nun verlobte, fragte sie Referentin, ob sie auch recht daran täte.

Körperliche Untersuchung.

Größe: 1,52 m
Gewicht: 41 Kilo
Schädelmasse: 14. 16. 50.
Schädel nicht klopfempfindlich.
Trigeminus: o. B.
Gaumen: etwas hoch.
Stirn: hoch.
Pupillen: mittelweit, rund r. + l.

R. L. +
R. C. +
A. B. frei
VII +
XII +
zittert etwas. Keine Narben, nicht belegt
Gaumenbögen: gleichmäßig
Rachenreflex: negativ
R, v. E. Lebhaft
kein Tremor
MME +
Kniephänomen: lebhaft
Kein Babinsky
Kein Klonus
Kein Romberg
Leichtes Lidflattern
Berührung lokalisiert
Spitz und stumpf unterscheidbar
Schmerzempfindung lebhaft
Konjunktival-Reflex: negativ
Korneal-Reflex: positiv
Keine Motilitätsstörung
Lungen o. B.
Herztöne rein
Puls: regelmäßig, kräftig, 76
grazil gebaut, mittlerer Ernährungszustand
Muskulatur leidlich kräftig
Schleimhäute mäßig durchblutet
blasse Gesichtsfarbe
Leib: weich, nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich
Abdominal-Reflexe: positiv.

5. 6. 18. Augenuntersuchung: Professor Oloff.
Pupillen beiderseits o. B.
6. 6. 18. Urin: kein Eiweiß, kein Zucker, sauer.
17. 6. 18. ruhig, geordnet, klar, klagt über Kopfschmerzen. Nettes, freundliches, zufriedenes Wesen. Beschäftigt sich mit Hausarbeiten.

Gebessert nach Hause entlassen.

Epikrise zu Fall II.

Das psychische Trauma, der Verlust des Bräutigams ist in diesem Falle der Grund zu dem jetzigen Krankheitszustand. Aber auch die weitere Beschäftigung, welche die Patientin

im Anschluß daran ausübte, die Pflege von Tobsüchtigen und die dabei ausgestandene Angst, waren nicht angebracht das verlorene seelische Gleichgewicht wieder herzustellen. Dazu kam noch in der letzten Zeit das große Heimweh. Sie war immer schon sehr Still, in der letzten Zeit aber oft verstimmt und weinte sehr viel. Seit wenigen Tagen aber war sie sehr verändert und klagte über heftige Kopfschmerzen, so daß es ihrer Umgebung auffiel. Genau wie im ersten angeführten Fall bekam auch sie plötzlich einen starren Blick, gab keine Antwort und wußte von nichts mehr, was um sie vorging. Der Nachhauseweg, die Untersuchung des Arztes und andere Dinge mehr sind ihr garnicht zum Bewußtsein gekommen. Als sie glaubte, allein zu sein, worum sie in einem lichten Augenblick bat, sang sie stundenlang Heimatlieder. Morgens lachte und weinte sie abwechselnd. Eine vollständige Amnesie, wie im ersten Falle ist hier nicht vorhanden. Die Patientin erinnert sich noch einiger Begebenheiten im Verlaufe des Anfalles, während dagegen andere Vorfälle in ihrer Erinnerung vollständig fehlen.

Da die Hysterie eine Erkrankung psychogenen Ursprungs ist, so kann man sich auf eine bestimmte Prognose nicht festlegen. — Wohl aber kann man sagen, daß sie über kurz oder lang, je nach der Beeinflußung der Patienten, heilbar ist.

Die Therapie bei der Hysterie muß natürlich in einer psychischen Grundbehandlung bestehen, unterstützt durch beruhigende indifferente Mittel, durch Suggestion im Wachen, eventuell auch durch Hypnose. Vor allen Dingen kann in solchen Fällen der Arzt durch seine Persönlichkeit viel wirken, wenn er es versteht, sich das Vertrauen des Kranken zu erwerben. In den meisten Fällen ist es daher wohl sehr ratsam den Kranken aus seiner bisherigen Umgebung herauszubringen und einer klinischen Behandlung zuzuführen.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med. Rat. Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Überweisung der Arbeit Überlassung der Krankheisfälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich wurde geboren am 8. Mai 1901 als Sohn des Apothekenbesitzers Heinrich Steins und seiner Ehefrau Anna geb. Schnitz zu Rauxel, Kreis Dortmund in Westfalen. Nach vierjähriger Volksschulbildung besuchte ich zuerst das Realprogymnasium in Gastrop, dann das Realgymnasium in Dortmund. Im Juli 1921 bestand ich dort die Reifeprüfung. Darauf ging ich zur Universität Münster, um Medizin zu studieren. Nach dem zweiten Semester wechselte ich die Universität und ging nach Würzburg, woselbst ich im Wintersemester 23/24 mein medizinisches Vorexamen bestand. Die darauf folgenden klinischen Semester studierte ich an den Universitäten Berlin und Kiel.